



La disfagia oro-faringea nel paziente adulto con patologia neurologica

Infermiere Carmine Pellecchia e Logopedista Luciana Modena

Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico
 Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi
 Via Massarenti, 9
 40138 Bologna, Italia
 Tel. 051 6363413 - 6363457
 Fax. 051 6363025 - 6363500

E-mail: servinf@orsola-malpighi.med.unibo.it

Web: www.med.unibo.it/reparti_servizi/servinfer/homepage.html

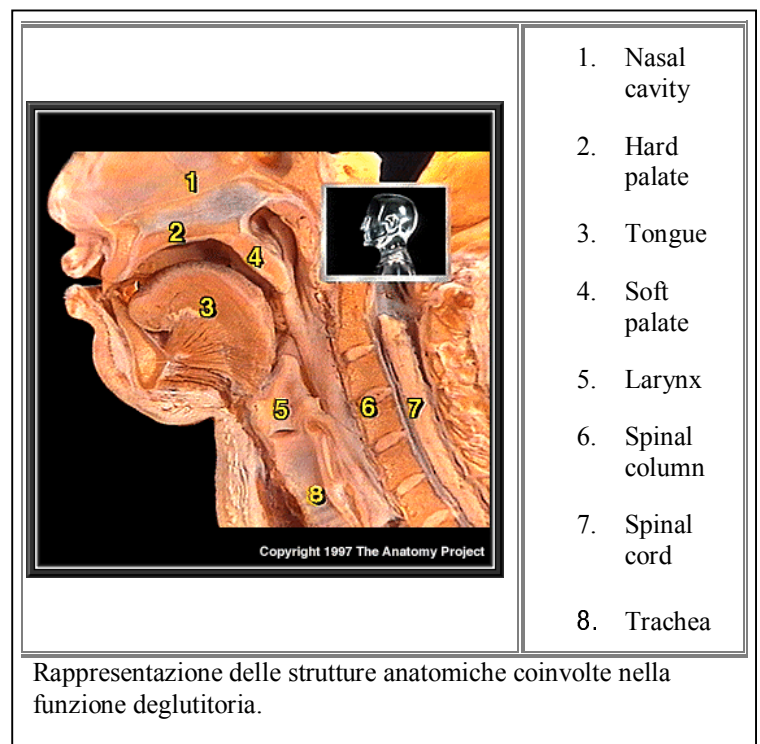
Introduzione

La disfagia è la difficoltà nella deglutizione, cioè nel trasporto di cibi e bevande dalla bocca allo stomaco. È presente nella normale evoluzione del processo di invecchiamento in circa il 20% della popolazione dopo i 50 anni, ma aumenta sensibilmente fra le persone residenti nelle case di riposo o assistite domiciliariamente, fra i portatori di esito chirurgico della bocca e del collo o di patologia neurologica. È stimata esserci una frequenza del 20%-40% nella popolazione con ictus cerebrale e Morbo di Parkinson.

Essa può essere causata da diversi fattori, alcuni dei quali transitori. Quando il disturbo persiste può rappresentare il sintomo di qualche patologia sistemica più generale, o essere un'alterazione specifica dell'Orofaringe.

Più frequentemente risulta da una alterata funzionalità della lingua e/o della faringe, anche se può essere causata da alterazioni strutturali della cavità orale, (edema post intubazione, stenosi laringee, o tumori dell'ipofaringe). Nella maggior parte dei casi è conseguente a patologia o a decadimento neurologico con conseguente limitazione delle abilità dei pazienti a cooperare alla valutazione ed alla terapia, e aumento di complicazione nella loro gestione.

La complessità del meccanismo, il coinvolgimento funzionale e strutturale del gran numero di organi e apparati interessati,



inducono a ritenere che la disfagia non possa rientrare nelle competenze di un unico specialista, ma in quanto sindrome multidimensionale, riguarda molteplici specificità professionali: radiologi, logopedisti, infermieri neurologi, ORL, oncologi, gastroenterologi, fisiatristi, foniatristi ecc.

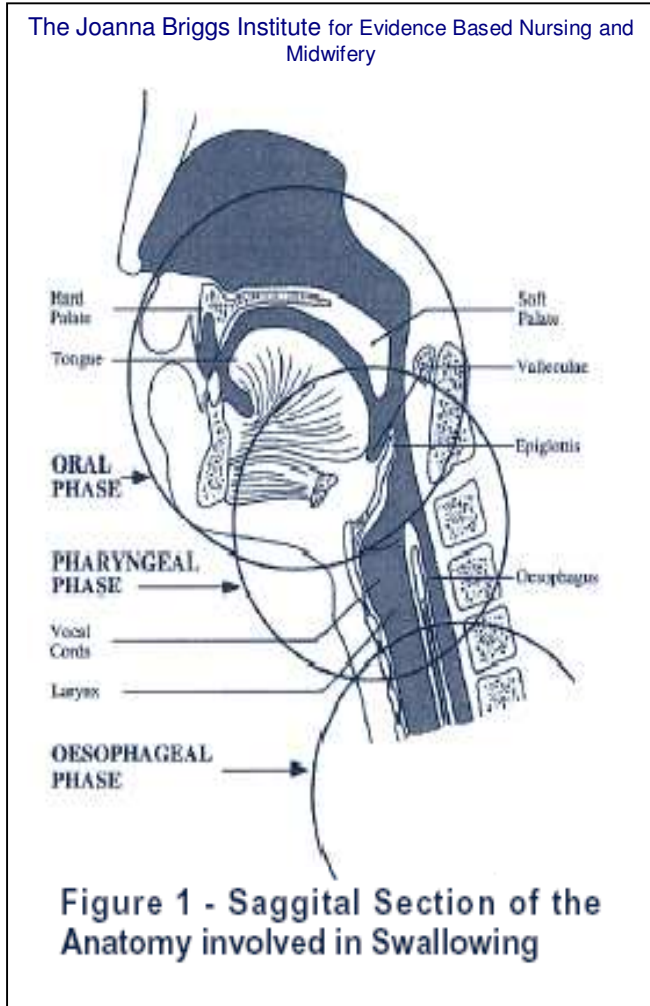
A loro è chiesto di operare una valutazione clinica condotta con metodologie ad ampio raggio, specificatamente predisposte (valutazione diretta, laboratoristica, strumentale, ecc.), in grado di indagare un disturbo che si manifesta come una risposta muscolare rapida e complessa, e di assumerne successivamente la gestione.

La disfagia può riguardare diversi segmenti dell'apparato oro-faringo-esofageo (Fig.1). Oggetto del nostro studio è la disfagia orofaringea nel paziente adulto correlata a patologia neurologica.

I meccanismi della deglutizione sono stati studiati fin dagli inizi del XX secolo, attraverso l'analisi dei reperti radiografici. Un grande passo avanti è stato possibile negli anni '30, quando l'uso della cinematografia ha permesso di sostituire l'immagine statica con una dinamica. Successivamente, dal 1970, tale metodo è stato rimpiazzato dalla videofluoroscopia (VFS). La VFS offre notevoli vantaggi, in quanto è più semplice della cinematografia, comporta minore esposizione alle radiazioni, e permette una visualizzazione istantanea di trasporto del bolo, aspirazione e funzione faringea. È stato così possibile analizzare l'interazione di bocca, faringe ed esofago, necessaria per portare a termine ogni atto deglutitorio. Quotidianamente ogni individuo deglutisce centinaia di volte, sia durante l'ingestione di cibi o liquidi, sia nella normale detersione da saliva o muco. La deglutizione è dovuta ad una serie di eventi che, in una stretta sintonia, si succedono rapidamente:

1. Elevazione e retrazione del palato molle con la chiusura del nasofaringe,
2. apertura dello sfintere esofageo superiore,
3. chiusura a livello del vestibolo laringeo,
4. caricamento ed elevazione della lingua,
5. spinta della lingua,
6. transito faringeo

Durante questo percorso, che dura circa un secondo, avviene una doppia riconfigurazione faringea dell'orofaringe: da via respiratoria a via deglutitoria, nella prima fase, e ritorno al ripristino della funzione respiratoria alla fine. Durante questo processo si verifica l'elevazione e l'inclinazione della cartilagine aritenoidea contro la base dall'epiglottide, che va a chiudere l'apertura laringea, il contemporaneo rilassamento dello sfintere esofageo



superiore (SES), e l'immediatamente successiva (circa 0.1 sec.) apertura dell'inserto dell'esofago.

La propulsione del bolo si basa fortemente sulla azione deglutitoria della lingua. In un tempo tra 0.00 e 0.13 minuti, essa deforma l'incavo centrale per contenere il bolo, mantiene la chiusura periferica anteriore e laterale ed espelle rapidamente il contenuto della cavità nell'ingresso esofageo.

Quando il bolo oltrepassa lo sfintere palato/glosso, le peristalsi faringee che dai muscoli costrittori faringei superiori, si propagano a quelli medi e poi a quelli inferiori, spremono il bolo verso il basso con una approssimazione di 15 cm/s, togliendo tutti i residui dalla faringe e dall'ipofaringe, eccetto per tracce che possono rimanere nelle vallecole o nei seni piriformi, minimizzando così la possibilità che ci sia aspirazione nella successiva respirazione.

Il volume del bolo non modifica questa sequenza, ma allunga il tempo di riconfigurazione del condotto alimentare.

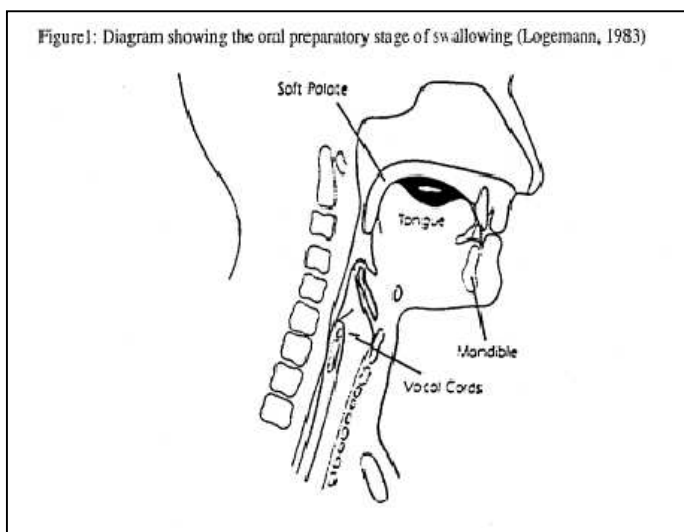
Dal p.d.v neurofisiologico la deglutizione, come ogni attività nervosa, comprende: controllo sensoriale afferente, elaborazione ed integrazione centrale, controllo motorio efferente. Il funzionamento del meccanismo deglutitorio è a carico delle vie cortico-bulbari che connettono bilateralmente la regione corticale frontale inferiore (centro di controllo della deglutizione) con i nuclei bulbari (parte finale del meccanismo),

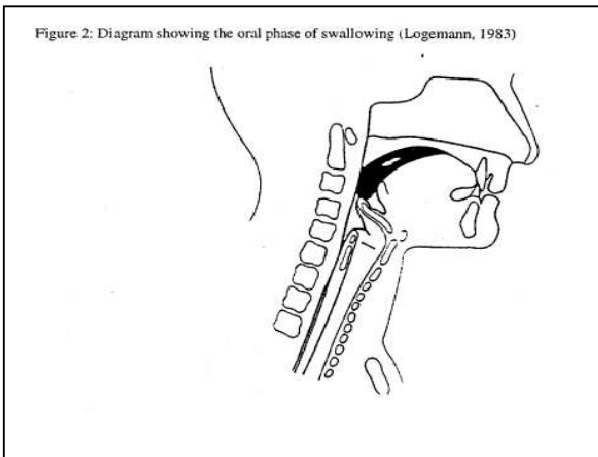
La trasmissione dell'impulso afferente sensitivo dagli organi della deglutizione dipende dal funzionamento di sei nervi cranici: (V trigemino, VII facciale, IX glosso-faringeo, X vago, XI accessorio e XII ipoglosso). Lo stimolo fondamentale perché si instauri l'azione coordinata dell'apparato buccale è l'entrata di liquidi o solidi nel cavo intraorale. In un secondo momento la stimolazione sensoriale permette di elicitarne la risposta deglutitoria con introduzione del bolo all'interno dell'ipofaringe nei recettori sensoriali, territorio del nervo laringeo superiore.

Il segnale afferente richiesto per iniziare la risposta deglutitoria è dovuto sia all' input sensoriale periferico proveniente dagli afferenti orofaringei, sia al controllo volontario imposto dai centri più alti del sistema nervoso centrale. (si pensi alla incapacità di deglutire durante il sonno, quando i centri più alti sono disconnessi, o durante una profonda anestesia della cavità orale nella quale gli afferenti periferici sono disattivati).

Attraverso lo studio VFS è stato possibile segmentare l'atto deglutitorio dell'adulto in quattro fasi principali: preparazione orale, fase orale, fase faringea, fase esofagea. Le figure sottostanti rappresentano le quattro fasi della deglutizione nella persona adulta così come proposte da Logemann J.A. 1983.)

1. Fase orale preparatoria. Il cibo viene masticato e impastato, mentre la chiusura orale di contenimento in particolare dei liquidi, è garantita dall'azione combinata di labbra, guance, lingua e palato molle.





2. Fase orale. La lingua spreme il bolo contro il palato duro, in modo che venga espulso passando dai pilastri anteriori delle fauci. Di solito questo avviene in modo coordinato con il riflesso peristaltico.

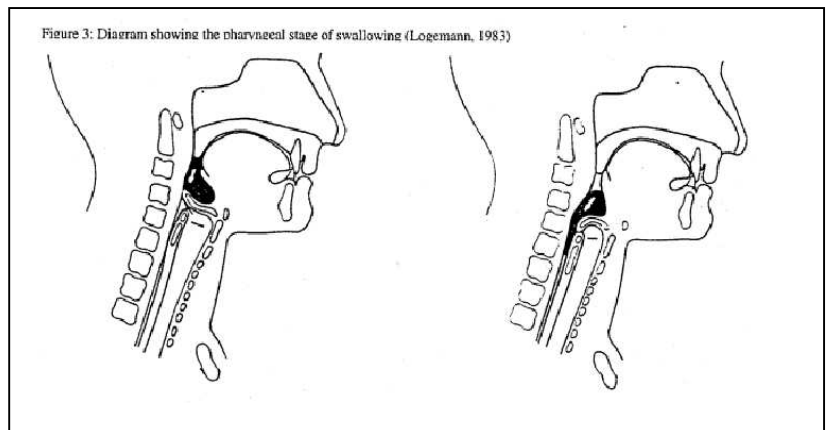
3. Fase faringea. Si elicit il riflesso peristaltico. Questo stadio ha quattro fasi:

- elevazione e retrazione del velo palatino per chiudere in alto l'apertura velo-faringea ed impedire che il bolo arrivi nelle cavità nasali;

-trasferimento del bolo dagli archi delle fauci, attraverso la faringe, sfintere cricofaringeo fino all'andito esofageo;

-elevazione della laringe e chiusura di tre sfinteri associati con le pliche ariepiglottiche, le pliche ventricolari e le corde vocali vere, per evitare l'aspirazione dell'ingesto;

- rilassamento dello sfintere esofageo e la giuntura cricofaringea per permettere al bolo di arrivare in esofago.

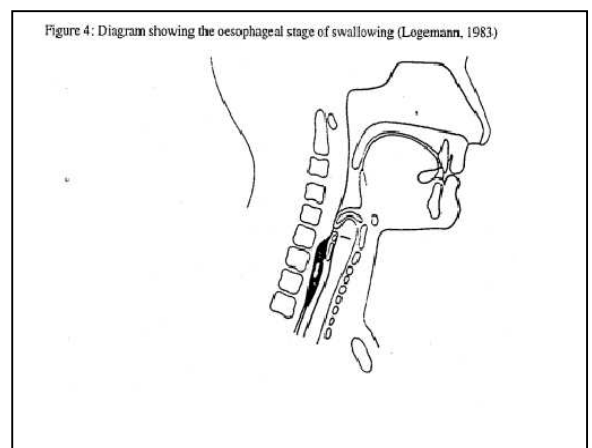


4. Fase esofagea. Il bolo, sotto la continua azione peristaltica delle pareti passa dalle giunture cricofaringea e gastrofaringea e arriva allo stomaco

La prima e la seconda fase avvengono sotto il controllo volontario, nella terza e la quarta i livelli di coscienza sono esclusi ed esse avvengono come parte di un movimento peristaltico globale.

Sebbene la fase faringea ed esofagea siano, sperimentalmente, oggetti separati, la breve panoramica delle quattro fasi intende collocarle nel contesto di un processo completo.

Cinicamente è importante che la deglutizione sia monitorata per assicurare la possibilità di elaborare protocolli idonei per una alimentazione sicura.



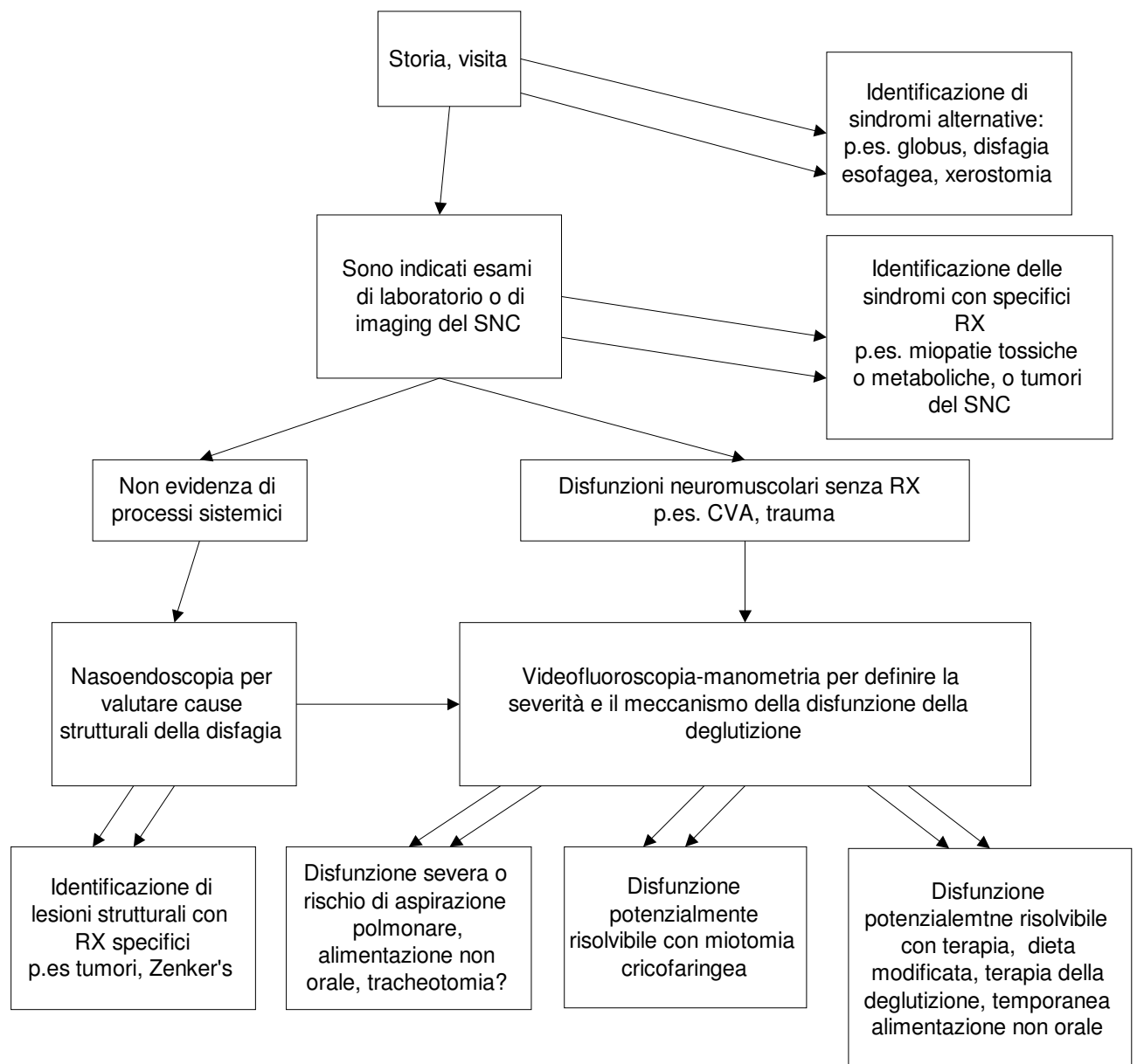
La disfagia orofaringea. Una interruzione nel processo di deglutizione può derivare da difficoltà percepite nel processo di deglutizione o da disfunzione dell'apparato orofaringeo. Le cause possono essere semplicemente un raffreddamento, una scarsa dentizione, oppure la risalita degli acidi dello stomaco dall'esofago fino alla faringe. Altre cause più gravi comprendono stroke, disturbi neurologici progressivi, presenza di cannula tracheale,

fissità o paralisi delle corde vocali, tumore della lingua, bocca, esofago, esiti di chirurgia della testa e del collo o della zona esofagea.

Nel primo approccio al paziente disfagico, il clinico, che si trova davanti queste molteplici possibilità, per poter stabilire le priorità di indagine, dovrebbe porsi il problema di definire: diagnosi precisa, sede, severità del disturbo, presenza di eventuali complicanze e di possibile sottostante disturbo correlato o causale.

In Tav 1. è riportata una indicazione di come approcciare i punti menzionati, sviluppata da una revisione critica della letteratura medica sulla gestione della disfagia orofaringea (Cook V.Kahrilas PJ. AGA American Gastroenterological Association)

Tav.1 Valutazione e gestione della disfagia orofaringea*



Algoritmo 1. Sommario dell'approccio clinico e chiave degli obiettivi nella gestione della disfagia orofaringea. L'obiettivo è ricercare un box indicato con una doppia freccia come paragone di una specifica strategia di gestione. Le frecce semplici indicano un suggerimento per procedere con la valutazione. CVA = accidente cerebrovascolare

La disfagia ha alta morbilità, mortalità e costi. La sua conseguenza più importante è la possibilità di inalazione di ingestivi, per inadeguata chiusura del vestibolo laringeo o debolezza/mancanza dei meccanismi di difesa, che favoriscono un'aspirazione silente. Molti clinici, perciò, attualmente considerano la possibilità di valutazione e riabilitazione della disfagia in alternativa alla costosa alimentazione entrale e parenterale. L'attuale stato dell'arte per la gestione della disfagia orofaringea mira a indagare, quantificare, e tentare di correggere le sue manifestazioni funzionali quali:

- inabilità o eccessivo ritardo nell'inizio della deglutizione faringea,
- aspirazione di cibo ingerito,
- rigurgito nasofaringeo,
- residuo di cibo ingerito all'interno della cavità faringea dopo deglutizione.

Per arrivare ad una definizione della diagnosi, tutti i metodi indicano come minimo un approccio iniziale che comprende la raccolta dei dati anamnestici e l'esame clinico.

(In Tav.2 è proposta la schematizzazione delle principali patologie che possono causare disfagia).

Durante la raccolta dell'anamnesi, il racconto delle circostanze di insorgenza, durata ed andamento della sintomatologia, fornisce al clinico utili informazioni che gli permettono di

- accertarsi se si tratta realmente di disfagia orofaringea o esofagea. E da tener presente che quando la disfunzione è relativa alla regione orale o faringea il paziente è in grado di localizzare correttamente il luogo che correla con la localizzazione radiografica del disturbo.
- enucleare altri sintomi riferiti come molto fastidiosi: p.e. senso di massa, xerostomia, indebolimento della funzione deglutitoria da assunzione di farmaci. p.e. anticolinergici, fenotiazine, tossina botulinica, ecc.;
- Individuare eventuali cause strutturali come stenosi, ring, web, diverticoli, tumori.
- Individuare cause funzionali orali e/o faringee come debolezza della muscolatura facciale, difficoltà di masticazione e gestione del bolo, con sbavature, senso di inceppo localizzato nel collo, rigurgito nasale, deglutizioni ripetute, tosse, soffocamento, aspirazione, voce gorgogliante, disfonia.
- individuare la tipologia del disturbo sistemico o metabolico e caratteristiche di benignità o malignità;

Nella successiva visita medica, il clinico può

- identificare ulteriormente la tipologia del sottostante disturbo sistemico o metabolico, quando presente;
- localizzare il livello neuroanatomico e la severità della eventuale lesione neurologica causale;
- scoprire sequele negative, come aspirazione polmonare o carenze nutrizionali.
- valutare direttamente la bocca (dentizione o protesi dentaria, lingua, faringe), il collo (presenza di masse, noduli linfatici, gozzo);
- apprezzare la qualità della voce (umida, gorgogliante, nasale, disfonica,) e la presenza di disartria;

Questi parametri possono essere ulteriormente definiti con la valutazione della logopedista che può fornire ulteriori informazioni su linguaggio, disfunzioni cognitive e comportamentali, forza e ampiezza del movimento dei muscoli coinvolti nel linguaggio e nella deglutizione; e con l'obiettività neurologica che può localizzare il livello neuroanatomico e la severità della eventuale lesione causale, rilevare disfunzioni dei nervi cranici, disturbi neuromuscolari, disfunzione cerebellare o disordini del movimento; con gli esami di laboratorio, con le indagini per immagine ed i test elettromiografici.

La valutazione clinica, funzionale e laboratoristica, supportate da anamnesi, esame obiettivo, laringoscopia diretta ed indiretta e studio videofluoroscopico della deglutizione

possono spesso fornire al clinico la diagnosi della causa sottostante la disfagia, in ogni caso aiutano a chiarire il meccanismo di disfunzione orofaringea e a decidere il tipo di intervento più idoneo al caso specifico

E' importante considerare, inoltre, che anche ad una accurata indagine "bedside" sfuggono il 50% dei casi di aspirazione successivamente identificati con i test radiografici.

Tav.2 Le più significative cause di disfagia orofaringea

Iatrogene	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effetti collaterali di terapie farmacologiche (chemioterapia, neurolettici ecc.) ▪ Post chirurgica muscolare o neurogena 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiazione ▪ Corrosiva (lesione da pillole, intenzionale)
Infettive	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difterite ▪ Botulismo ▪ <i>Lyme disease</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sifilide ▪ Mucosite (Herpes, Cytomegalovirus, Candida, ecc.)
Metaboliche	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amilodosi ▪ Sindromr di Cushing 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tirotossicosi ▪ Morbo di Wilson
Miopatiche	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie del connettivo (overlap sindrome) ▪ Dermatomiosite ▪ Miastenia grave ▪ Distrofia miotonica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distrofia oculofaringea ▪ Polimiosite ▪ Sarcoidosi ▪ Sindromi paraneoplastiche
Neurologiche	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumori del tronco ▪ Trauma cranico ▪ Stroke ▪ Paralisi cerebrale ▪ Sindrome di Guillain-Barré ▪ Morbo di Huntington ▪ Sclerosi multipla 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Polio ▪ Sindrome post-polio ▪ Discinesia tardiva ▪ Encefalopatie metaboliche ▪ Sclerosi laterale miotrofica ▪ Morbo di Parkinson ▪ Demenza
Strutturali	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barra cricofaringea ▪ Diverticolo di Zenker ▪ Cicatrici cervicali 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumori orofaringei ▪ Osteofiti e anomalie scheletriche ▪ Malformazioni congenite (palatoschisi, diverticoli, tasche, ecc.)

*(AGA American Gastroenterological Association)

Alcune anomalie strutturali della faringe e dell'esofago possono essere causa di disfagia, p.e. il restringimento faringeo o cricofaringeo, il tumore orofaringeo, il diverticolo faringeo posteriore di Zenker e il web cervicale hanno indicazione sia di intervento chirurgico, sia di dilatazione, sia di terapia antineoplastica o combinazioni di questi trattamenti. Sebbene non vi siano trials controllati, la dilatazione nei casi di web o stenosi benigne e la miotomia cricofaringea nel trattamento del diverticolo di Zenker sono raccomandate sulla base di un consistente livello di evidenza **C** combinata con ovvie plausibilità biologiche e forti opinioni di autori e altri esperti in questo campo che riflettono la corrente "best practice".

Valutazione clinica strumentale

L'applicazione di specifiche terapie per la deglutizione a pazienti con uno specifico tipo di disfagia orofaringea dipende da un'accurata definizione del relativo meccanismo di disfunzione. Fra le modalità diagnostiche valide, la videofluoroscopia è, al riguardo, la più applicabile. Uno studio metodologico per la deglutizione videofluoroscopica 1. definisce l'anatomia dell'orofaringe; 2. evidenzia disfunzioni come l'aspirazione, l'ingestione debole, o il debole controllo del bolo; 3. determina il meccanismo responsabile di tale disfunzione, e 4. esamina gli effetti a breve termine, delle strategie terapeutiche mirate ad eliminare o a compensare tale disfunzione.

Sebbene altre metodiche investigative, come la videoendoscopia, l'ultrasonografia, la manometria, l'elettromiografia, o loro combinazioni possano successivamente permettere una analisi maggiormente focalizzata di un particolare elemento all'interno dei complessivi meccanismi deglutitori, nessuna di queste può sostituire la VFS. Una nota pratica enfatizza questo punto, poiché in molte situazioni la videofluoroscopia ha definito la gamma delle possibilità terapeutiche possibili ed ha valutato la loro efficacia.

L'American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria™ nelle linee guida del 1998 "imaging recommendations for patients with disfagia" propone una suddivisione della patologie disfagiche in quattro grandi gruppi per ognuno dei quali raccomanda l'uso di specifiche indagini radiologiche:

1. Disfagia orofaringea da causa certa (p.e. ictus recente, decadimento demenziale, miastenia grave, sclerosi laterale amiotrofica). In questo caso la VFS con bario modificato rappresenta il "gold standard" dell'indagine radiologica, perché permette di evidenziare in pieno l'inabilità o l'eccessivo ritardo nell'inizio della deglutizione faringea, l'aspirazione degli ingestivi, il rigurgito nasofaringeo, il residuo del bolo entro la cavità faringea dopo la deglutizione. L'esame consiste in una serie di deglutizioni, con materiale di contrasto di vario volume e consistenza, fotografate in proiezione laterale. Nelle immagini sono inclusi il palato, l'orofaringe, le prossimità dell'esofago e delle vie aeree. Questo esame permette di rivedere lo studio, al rallentatore, se necessario sia durante l'esecuzione, sia in situazione differita. Esso inoltre può essere condotto con la presenza e la collaborazione del logopedista sia nella decisione della densità del bolo, sia nella identificazione delle manovre compensatorie utilizzabili per prevenire aspirazione polmonare o altri tipi di disfunzioni deglutitorie.

Il limite della VFS consiste nella inadeguatezza di tale metodica a quantificare le forze di contrazione faringea, indagare un eventuale incompleto rilassamento del SES, o a quantificare la grandezza della pressione dell'intrabolus durante la deglutizione.

2. Disfagia orofaringea non chiaramente diagnosticata. In questo caso può essere utile evidenziare la eventuale presenza di anomalie sia funzionali, sia strutturali della faringe. Il più alto valore prognostico è attribuito alla combinazione di VFS e esame ad immagini statiche della faringe e dell'esofago, piuttosto che all'uso singolo di questi strumenti investigativi.

3. Disfagia sottosternale in pazienti immunocompetenti. Per queste patologie l'esofagografia è ritenuta la miglior indagine sia nella metodica con doppio contrasto nel caso di carcinoma dell'esofago o della giuntura esofagogastrica, sia con il metodo del contrasto singolo nel caso di "ring" o restringimento dell'esofago. L'endoscopia trova alta indicazione quando debba essere effettuata anche una biopsia oppure nella diagnosi del reflusso esofageo.

Lo studio con bario modificato rimane comunque il più raccomandato dai gastroenterologi per la diagnosi iniziale di disfagia.

4. Disfagia sottosternale in pazienti immunocompromessi con esofagiti infettive (Candida albicans, herpes simplex, HIV positivo, Cytomegalovirus o immunodeficienza virale). In questi casi possono essere usate la esofagografia (la scelta della metodica a doppio o singolo contrasto deve tener conto anche del grado di debilitazione del paziente) o

l'endoscopia con biopsia o raschiamento dell'esofago, nel caso che si debba iniziare una terapia specifica o per meglio chiarire la diagnosi. L'endoscopia è altamente controindicata in alcuni casi di immunocompromissione per il rischio di neutropenia o trombocitopenia associata:

Altre metodologie radiologiche che hanno la larga applicazione clinica sono:

Nasoendoscopia

La nasoendoscopia si effettua con un piccola sonda transnasale di fibre ottiche o videofluoroscopiche, L'endoscopio è posizionato a livello del palato molle per vedere la base della lingua, l'epiglottide e la parete superiore della faringe e sotto l'epiglottide per vedere il vestibolo laringeo.

Questo esame è un metodo ottimale per identificare lesioni strutturali intracavitari e per identificare le anomalie della mucosa e contemporaneamente prelevare un campione biotico delle stesse. Studi di fattibilità suggeriscono che la valutazione deglutitoria, studiata come una estensione di un esame endoscopico standard della mucosa, permette di identificare inabilità o eccessivo disturbo nell'iniziare la deglutizione faringea e residuo di ingesti all'interno della cavità faringea dopo la deglutizione. La procedura consiste nel far deglutire cibo solidi e liquidi colorati, tuttavia, poiché l'inspirazione non è direttamente visualizzata, le secrezioni orofaringee e la colorazione delle vie aeree sopraglottiche offrono una evidenza indiretta. Recentemente la nasoendoscopia è stata adattata per valutare integrità e sensazioni ridotte dell'ipofaringe in pazienti con stroke.

Manometria

La manometria intraluminale, si adatta ad un posizionamento trans-nasale può quantificare la forza della contrazione faringea, la completezza del rilassamento dello SES e il tempo relativo di questi due eventi. Per motivi tecnici la manometria faringea è ritenuta essere più complessa di quella esofagea, infatti movimenti imprevedibili delle strutture faringee e la disomogenea pressione intraluminale all'interno della faringe durante la deglutizione, possono produrre facilmente lo spostamento dei sensori per la pressione dalla posizione predeglutitoria.

Manofluorografia

Questa tecnica, per poter realizzare il massimo potenziale manofluorografico, richiede un'accurata sincronizzazione della registrazione monometrica e fluorografica. E' utile per identificare sottocategorie di disfunzione deglutitoria. In particolare, una debole apertura dello SES può essere distinta da un debole rilassamento, e deboli forze propulsive faringee possono essere distinte da aumentate resistenze al defluire come si manifesta con l'alta pressione intrabolo.

Terapia della deglutizione

Le comuni strategie della terapia della deglutizione comprendono sia la modificazione del comportamento alimentare, sia le tecniche per la deglutizione, rivolte al rinforzo dei muscoli orofaringei, per migliorarne la velocità e l'escursione del movimento, e/o alla modifica selettiva dei meccanismi di deglutizione, (cambiamenti posturali della testa e del corpo) o all'utilizzo della forza gravitazionale, per facilitare il decorso del bolo, minimizzando così il rischio di aspirazione.

Le strategie correttive portano a migliorare la funzione degli elementi deglutitori che sono, almeno parzialmente, sotto il controllo volontario (p.e. l'azione della lingua, il movimento ioideo). Ciò presuppone che le funzioni cognitive del paziente siano adeguatamente conservate, cosicché egli possa capire e adeguarsi alle manovre proposte, il che, però, esclude una significativa proporzione di pazienti con disfagia neurogenica. (Tav.3)

AGA riporta i dati di una ricerca effettuata su MEDLINE di pubblicazione comprese tra il 1981 e il 1997. Sono stati reperiti 12 articoli originali specificatamente indirizzati a questo tema, ma solo 5 di questi sono trials controllati 2 randomizzati

Questi studi offrono dati minimi dai quali ricavare inferenze apprezzabili perché non ci sono prove a campione (trials) rivolti all'efficacia di queste tecniche usate isolatamente. Oltre a ciò è chiaro l'effetto del trattamento dal recupero spontaneo, le diverse metodiche sono applicate sia isolatamente sia combinate fra loro, e le popolazioni di pazienti studiate non sono omogenee. Perciò, sebbene quasi tutti gli studi concludano che la terapia della deglutizione sia efficace, tale dato ha un basso livello di evidenza e di conseguenza un **grado C di raccomandazione**. D'altra parte la terapia della deglutizione non è stata dimostrata essere inefficace. Così il peso delle opinioni correnti, combinate con una convincente dimostrazione di plausibilità biologica per tecniche specifiche e la consistenza di un pur basso grado di evidenza, portano alla raccomandazione che la terapia della deglutizione dovrebbe essere usata. (Livelli e gradi di evidenza cui fanno riferimento queste note sono riportati in Tab.3)

Tab.1 Livelli di evidenza come delineati da Sackett e all.(AGA)
livello I, la maggior evidenza deriva da trials randomizzati e controllati di alto potere statistico grado **A**
livello II, evidenze progressivamente più deboli con trials randomizzati e controllati con un più basso potere statistico grado **B**
livello III, confronti con contemporanee non randomizzate coorti grado **C**.
livello IV confronti con storiche non randomizzate coorti grado **C**.
livello V serie di casi senza controlli grado **C**.

Parecchie delle strategie di compenso (Tav..3) per la deglutizione sono relative alla posizione della testa. La rotazione della testa è stata studiata sistematicamente con l'uso combinato di VFS e manometria in soggetti normali e in pazienti con sindrome midollare laterale.

La rotazione della testa, nei soggetti normali, aumenta l'apertura dello SES di 2mm, riducendo la pressione basale SES di 18mmHg (35%). In 5 pazienti con sindrome midollare laterale, e debolezza faringea unilaterale si è visto che questa tecnica lateralizza il bolo nella zona più lontana rispetto al lato di rotazione della testa, aumenta la proporzione del bolo deglutito e l'estensione dell'apertura dello SES.

Un altro studio sistematico videofluoroscopico ha valutato gli effetti di 5 posture (mento abbassato, mento alzato, rotazione della testa, testa riversa, e distesa verso il basso) in 165 pazienti con aspirazione radiografica. Il 77% dei pazienti studiati trova beneficio dall'introduzione di una o più di queste strategie compensatorie, con un evidente incremento del volume del bolo, cosicché i soggetti possono deglutire senza rischio di aspirazione. Nel 25% dei pazienti, l'aspirazione è stata eliminata per tutti i volumi-test e durante l'assunzione di liquidi con una tazza.

Nel valutare i meriti delle tecniche di terapia della deglutizione, noi possiamo solo valutare manovre usate singolarmente, secondo l'efficacia di dati che ne supportino la plausibilità biologica. Gli effetti a breve termine della manipolazione del corpo o le posture del capo e la manovra sopraglottica sono stati studiati sistematicamente con la VFS. Queste manovre risultano nel breve termine, ridurre l'aspirazione radiografica, ma l'evidenza che il passaggio del bolo dalla faringe aumenti con una o più di queste manovre è meno convincente.

Un'altra strategia di terapeutica per facilitare la deglutizione è l'uso di stimolazione sensoriale faringea, metodica che deriva da un vecchio studio fisiologico, secondo il quale la stimolazione dei pilastri anteriori, induce in modo consistente la deglutizione. La stimolazione di questa area con uno specillo freddo prima della deglutizione, riduce la

latenza della risposta deglutitoria spontanea. e ne affretta l'elicitazione. In una analisi dell'efficacia di questa tecnica, usata da sola, c'è una buona evidenza della plausibilità biologica per il suo utilizzo. Tale stimolo, infatti, nel breve periodo, risulta ridurre la latenza deglutitoria faringea, ma non c'è evidenza che gli effetti della stimolazione termica siano durevoli o che siano efficaci nel migliorare globalmente l'aspirazione. Così il suo uso non può essere raccomandato.

Tra le strategie correttive della terapia della deglutizione che usano il controllo volontario, la manovra di Mendelshon (volontario prolungamento dello spostamento antero-posteriore della laringe durante la deglutizione) aumenta l'estensione e la durata dell'apertura dello SES, favorendo un più sicuro transito del bolo alimentare, ma non si sa se questi cambiamenti si traducano in una migliorata ingestione faringea, con riduzione del rischio di aspirazione, o maggiore facilitazione della deglutizione.

Un'altra terapia deglutitoria compensatoria è la deglutizione forzata o sforzata, usata in caso di diminuita forza deglutitoria della lingua. Tale azione è misurabile con la tecnica monometrica finalizzata a produrre i dati sulla forza esercitata dalla lingua durante la fase propulsiva della deglutizione del bolo.

La dieta modificata, sostenuta dall'evidenza dell'esame videofluoroscopico sistematico ha la maggiore raccomandazione per ridurre il rischio di aspirazione polmonare. Su questa base, ed in considerazione del relativo basso costo necessario, è logica la sua introduzione routinaria in pazienti ritenuti a rischio di aspirazione polmonare.

Gli esercizi di rinforzo dei muscoli deglutitori isolatamente hanno ricevuto piccola attenzione, ma c'è qualche evidenza che questo concetto sia biologicamente plausibile.

E' comunque opportuno considerare che non sono correntemente disponibili attendibili predittori di aspirazione polmonare.

Riassumendo, in base alla revisione dei dati effettuata, si può delineare una scala di valore dell'efficacia della varie metodiche di intervento: la probabilità del beneficio terapeutico è maggiore per le posture della testa e del collo, e per la deglutizione supersopraglottica e sopraglottica, è ridimensionata per la manovra di Mendelshon, è più piccola ancora per gli esercizi di rinforzo muscolare, ed è minima per le tecniche di stimolazione. La plausibilità della terapia della deglutizione è basata dunque su una minima, ma ragionevole evidenza di efficacia. Inoltre va sottolineato che essa non è stata provata essere senza effetti.

Tav.3 Tecniche di terapia deglutitoria con indicazioni e razionale*

Tecnica	Esecuzione razionale	Indicazioni
<u>Modificazioni della dieta</u>		
Liquidi ispessiti, addensati, gelificati	Riducono la tendenza a scolare nella base della lingua	Funzione linguale compromessa Scolo/aspirazione pre-deglutitoria Chiusura glottica compromessa
Liquidi semplici (scorrevoli)	Offrono minor resistenza al transito	Debole contrazione faringea Apertura cricofaringea ridotta

Manovre

Deglutizione sovraglottica	Trattenere il respiro, doppia deglutizione, espirazione forzata (chiusura delle corde vocali prima e durante la deglutizione)	Aspirazione: riduzione /ritardo della chiusura delle corde vocali
Deglutizione super-sovraglottica	Apnea (piena) forzata che chiude la glottide prima e durante la deglutizione. Aumento della inclinazione anteriore delle aritenoidii	Aspirazione (insufficiente chiusura dell'introitus laringeo)
Deglutizione forzata	Azione linguale forzata (aumenta il movimento posteriore della base della lingua)	Insufficiente movimento posteriore della base della lingua
Manovra di Mendelshon	Prolungamento della escursione ioidea guidandola con la palpazione manuale (prolunga l'apertura dello sfintere esofageo superiore)	Insufficienti detersione faringea e motilità laringea

Modificazioni posturali

Inclinazione del capo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inclinazione posteriore dell'inizio della deglutizione (la gravità deterge la cavità orale) 2. Inclinazione laterale verso il lato sano (dirige il bolo verso la parte più efficiente) 	Insufficiente controllo linguale
Pressione sul mento	Abbassamento del mento (allarga le vallecole, sposta posteriormente la base della lingua e l'epiglottide)	Paralisi o paresi faringea unilaterale Aspirazione, ritardo della risposta faringea, ridotta motilità posteriore della base della lingua
Rotazione del capo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rotazione del capo verso il lato lesa (isola la parte compromessa dal passaggio del bolo. Riduce la pressione del LES) 2. Rotazione del capo verso il lato lesa con una pressione estrinseca sulla cartilagine tiroidea (aumenta l'adduzione) 	Paralisi o paresi faringea unilaterale Disfunzione laringea unilaterale Disfunzione faringea unilaterale
Decubito laterale	Decubito laterale destro o sinistro Bypass dell'introitus laringeo)	Aspirazione , compromissione faringea bilaterale o ridotta elevazione laringea

Tecniche facilitatorie

Esercizi di rafforzamento	Vari	Malattia non progressiva
Biofeedback	Aumento della componente volitiva	Insufficiente detersione faringea

*AGA-American Gastroenterological Association

Aspirazione.

E' comunemente accettato che l'aspirazione sia un segno di gravità della disfagia. LA VFS è l'indagine di elezione per tale evidenza.

L'aspirazione non è rilevabile radiologicamente al tempo della valutazione "bedside" nel 42%-60% di pazienti.

Inoltre uno scarso "gag reflex" non ha valore prognostico nel valutare l'aspirazione perché solo il 60% di aspirazioni hanno un "gag reflex" deteriorato. Similmente la disfonia può avere un 91% di sensibilità per aspirazione, ma un valore predittivo positivo solo nel 58% dei casi.

LA dimostrazione radiologica di una risposta deglutitoria rallentata o assente, combinata con scarsa contrazione faringea porta al più alto rischio di aspirazione. Questi studi supportano una forte evidenza che la VFS è la sola strada che accerti la presenza di aspirazione. Quando la fluoroscopia mostra una grave disfunzione faringea, con aspirazione di alimenti di tutte le consistenze, nonostante l'utilizzo di appropriate strategie è raccomandata l'immediata alimentazione non orale.

E' tuttavia importante segnalare che non sempre l'aspirazione polmonare è inevitabilmente predittiva per la polmonite, ma può esserlo per ripetute ospedalizzazioni. Inoltre coloro che aspirano sono soggetti a polmonite prima di coloro che non aspirano, così come coloro che aspirano liquidi densi in confronto a chi aspira i più liquidi e coloro che aspirano dopo la deglutizione, comparati con quelli che aspirano prima o durante la deglutizione

Sebbene la disfagia associata ad aspirazione sia indicazione di alimentazione non orale, non sempre il sondino naso-gastrico rappresenta la sicurezza di evitarla. Croghan e all. in pazienti con aspirazione rilevata radiograficamente, ha infatti riscontrato un tasso di polmoniti e di morti correlate, più alto in quelli *con* sondino rispetto a quelli *senza*. E' inoltre opportuno considerare che in alcuni casi il problema aspirazione trovi la soluzione nell'intervento chirurgico: miotonia cricofaringea, epiglottoplasica, incisione cricoidea totale o parziale, sospensione laringea, medializzazione della corda vocale.

Un test semplice e utile anche in sede di screening per evidenziare le difficoltà di deglutizione ed eventuale presenza di aspirazione è il " Water swallow tests"

Consiste nel far bere al paziente un certo volume di acqua con l'esaminatore che osserva eventuale senso di soffocamento, tosse, cambio della qualità della voce o sforzo nel deglutire. Sono state usate quantità diverse di 10ml; 50ml in aliquote di 5ml, e 90ml presentati in una tazza che deve essere bevuta senza interruzione. Molti di questi metodi rivelano disfagia nella maggioranza dei casi, ma può fallire nell'identificare aspirazione tra il 20 – 40% dei paziente indagati con videofluoroscopia.

Il Timed Water Swallow Test consiste nel bere 150ml di acqua da un bicchiere il più rapidamente possibile; l'esaminatore misura il tempo e il numero di deglutizioni. Con questi dati si può calcolare la velocità della deglutizione e la media del volume per deglutizione. Questo test è considerato avere una sensibilità predittiva del 96% nell'identificare la presenza di un disturbo della deglutizione, ma questo non è confermato dalla videofluoroscopia.

La combinazione di osservazione clinica e Water Swallow Test è stata usata in protocolli ospedalieri e questi test dovrebbero essere sempre proposti dallo staff medico o infermieristico.

La gestione infermieristica della disfagia orofaringea da causa neurologica

La gestione della disfagia orofaringea neurogenica, come è stato più volte sostenuto, richiede l'intervento di molteplici figure professionali, ciascuna con competenze specifiche, coordinate in modo da garantire il massimo di sicurezza per il paziente e per gli operatori. Fra questi, un ruolo importante è affidato all'intervento dell'infermiere (livello III e IV). Linee Guida specificatamente predisposte per definire i criteri della gestione infermieristica, sono

pubblicate da Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing: Identification and Nursing Management of Dysphagia In Individuals with Neurological Impairment –2000. I livelli e gradi di evidenza in queste linee guida sono rappresentati in **Tab.2**

La parte delle Linee Guida che riguarda la fascia adulta, si riferiscono a patologie neurologiche come il disturbo di Alzheimer, lo stroke o disfagia neurogenica in generale. L'obiettivo è quello di chiarire il ruolo dell'infermiere nella ricognizione e gestione della disfagia in pazienti con indebolimento neurologico, ricercare l'evidenza di efficacia ed efficienza di tale intervento e verificare se esista una valida evidenza che fornisca informazioni per un approccio centrato sul paziente disfagico e la sua famiglia in tema di gestione e mantenimento dell'alimentazione orale.

I documenti considerati per l'elaborazione delle raccomandazioni comprendono studi di ricerche originali, pubblicati e non fra cui trials randomizzati e controllati, trials quasi-randomizzati, studi osservazionali o ricerche che usano altre metodologie. Oltre a questi sono state incluse revisioni della letteratura, opinioni di esperti e comunicazioni discusse nelle conferenze. La revisione effettuata indica che la maggioranza della letteratura, indirizzata al ruolo dell'assistenza infermieristica nella identificazione e gestione del paziente neurologico disfagico, è basata su ricerche descrittive o opinioni di esperti (livello IV). Il ruolo dell'infermiere è visto in primis, come parte di un team multidisciplinare; quando sono identificate delle responsabilità, il suo ruolo consiste nell'effettuare la prima identificazione e riferire agli esperti della deglutizione come i medici specialisti o logopedisti; monitorare e mantenere la nutrizione e l'idratazione attraverso sicure pratiche alimentari; conoscere gli interventi che riducono il rischio di aspirazione ed assicurarsi che anche gli altri colleghi siano in grado di nutrire in modo sicuro le persone con disfagia. Solo qualche piccolo studio, fra quelli esaminati, riporta gli effetti dell'azione assistenziale come misura per promuovere la prima identificazione della disfagia, o per insegnare le pratiche di alimentazione sicura a familiari e addetti all'assistenza. L'effetto di protocolli che stressano l'espressione "Nulla per bocca" fino alla

valutazione degli specialisti, dovrebbe essere considerato nel facilitare l'accesso al servizio dei medici specialisti, foniatrici. In relazione ai bisogni del paziente, dovrebbe inoltre essere considerata la disponibilità degli specialisti anche in situazioni assistenziali domiciliari o, nel caso di patologie acute, nei fine settimana. Quando tale presenza non sia a disposizione, un infermiere qualificato può essere istruito a condurre uno screening valutativo per la deglutizione, p.e. riportando su diagrammi prestabiliti i dati relativi a livello di coscienza e vigilanza, livello cognitivo, orientamento, memoria, attenzione e impulsività; terapia farmacologica; forza, movimento, simmetria e sensibilità dei muscoli facciali, lingua e muscoli orali; qualità della voce e del linguaggio; riflesso della tosse, presenza e/o assenza di tosse volontaria.

Tab.2 LIVELLI DI EVIDENZA
"The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery"
LIVELLO I: evidenza ottenuta da una revisione sistematica di sole rilevanti sperimentazioni randomizzate e controllate.
LIVELLO II: evidenza ottenuta da almeno una propriamente definita sperimentazione randomizzata e controllata.
LIVELLO III.1: evidenza ottenuta da ben designate sperimentazioni controllate senza randomizzazione.
LIVELLO III.2: evidenze ottenute da ben designata coorte o studi analitici di casi controllati preferibilmente da più di un centro o gruppo di ricerca.
LIVELLO III.3: evidenza ottenuta da molteplici serie temporali con o senza intervento. Risultati sbalorditivi negli esperimenti non controllati.
LIVELLO IV: opinioni di autorità stimate, basate su esperienze cliniche, studi descrittivi, o rapporti commissioni esperte.

Oltre alle indicazioni già riportate, è importante sottolineare che l'igiene orale può stimolare il flusso della saliva e il gusto; la presenza di collare cervicale può impedire la deglutizione e non è raccomandato; per i pazienti con morbo di Parkinson o miastenia gravis è importante che le loro medicine siano scandite sull'orario del pasto per facilitare la massima azione farmacologica. La somministrazione sicura delle medicine è essenziale, per questo è bene consultare il farmacista sui numerosi metodi appropriati di somministrazione del farmaco (non tutte le compresse possono essere schiacciate), usando la posizione idonea, la tecnica di alimentazione consigliata e la consistenza del bolo. Dopo il pasto, tenere il paziente alzato per 30-60 minuti, nel frattempo è opportuno controllare la sua bocca per rimuovere eventuali rimanenze di cibo e provvedere all'igiene orale

Bisogna tenere presente altresì, che i soggetti affetti da patologie neurogeniche, soprattutto se in fase avanzata, o portatori di grave sofferenza neurologica, come nel caso di demenza o esito di trauma cranio-encefalico richiedono una gestione particolarmente attenta. Per esempio effettuare una stimolazione multisensoriale prima dei pasti o rimuovere da vassoi cibi o attrezzi inutili, può migliorare l'attenzione; se l'individuo ha difficoltà nel concentrarsi, ci può essere bisogno di piccoli pasti più frequenti (più di 6 al giorno); nel caso di deficit di memoria associato può essere necessario provvedere indicazioni scritte per la consistenza del cibo, quantità, e tecniche di alimentazione, se ci sono riflessi ipertonici può essere utile un regime di desensibilizzazione orale.

Altri aspetti da monitorare sono la quantità di cibo solido o liquido ingerito, per evitare deperimento organico o disidratazione; il rumore polmonare e la temperatura corporea per identificare segni di aspirazione.

Specifici interventi per ridurre i rischi di aspirazione sono indirizzati ad assicurarsi che l'individuo sia sveglio e che non si affatichi quando mangia (se necessario dare piccoli bocconi frequenti); stare attenti agli effetti di medicinali come tranquillanti, antiepilettici, psicotropi e neurolettici; provvedere costantemente a rallentare un eventuale stato di impulsività, offrire soltanto una piccola quantità di cibo alla volta; utilizzare delle tazze con un coperchio e una piccola apertura per rallentare la quantità di liquido assorbito; evitare i liquidi fino ad una esperta valutazione; evitare l'utilizzo di cannucce o siringhe finché non sia stata controllata la difficoltà di flusso dei liquidi; mai permettere all'individuo di mangiare e bere da solo; evitare estensioni del collo; non intraprendere l'alimentazione orale dopo la rimozione di una cannula endotracheale prima che non sia stata effettuata la valutazione della deglutizione; essere preparati al trattamento di emergenza del soffocamento, avendo lo strumento appropriato facilmente disponibile; identificare gli individui a rischio e comunicarlo a tutto lo staff.

Tutte queste raccomandazioni sono sintetizzate nella Tav.4 e nella Tav.5

Tav.4

RACCOMANDAZIONI*
<p>Queste raccomandazioni sono basate sulla migliore evidenza disponibile, che richiedono, tuttavia, ulteriori ricerche di supporto.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un programma formalizzato di gestione multidisciplinare per la disfagia può essere di giovamento nel promuovere una prima indagine, una gestione appropriata e la prevenzione delle complicanze. Livello III e IV. 2. Conoscenze dei fattori di rischio, segni e sintomi della disfagia è essenziale per la

- prima identificazione. Livello III e IV.
3. Protocolli infermieristici o strumenti di screening (incluso linee guida di riferimento) possono aiutare nella prima identificazione e gestione. Livello IV.
 4. Un soggetto identificato come disfagico o di essere a rischio di, deve rimanere senza nessuna assunzione orale, fino alla valutazione di un appropriato professionista. Livello IV.
 5. Una volta che un soggetto è stato identificato come disfagico o di essere a rischio di, deve essere inviato al medico esperto o al foniatra per una valutazione supplementare. Livello IV.
 6. L'infermiere dovrà assicurarsi che struttura, consistenza e tipo di cibi solidi e liquidi siano somministrati come da prescrizione. Livello IV.
 7. L'infermiere dovrà assicurarsi che le tecniche di alimentazione siano intraprese in accordo con i metodi specifici raccomandati dal logopedista o dal fisioterapista, ed essere consapevole delle tecniche di alimentazione sicure, generalmente raccomandate per gli individui con disfagia neurogenica. Livello IV.
 8. La quantità di cibo assunta potrebbe essere monitorata per assicurare un'adeguata nutrizione e idratazione. Livello IV.
 9. La conoscenza degli interventi per ridurre il rischio di aspirazione è essenziale. Livello IV.
 10. L'infermiere dovrà assicurarsi che tutti gli addetti all'assistenza abbiano le conoscenze e abilità per alimentare in sicurezza l'individuo con disfagia. Livello III e IV.

*The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery

Tav.5 - Protocollo per lo screening della disfagia e riferimento alle linee guida del Victoria Infirmary, Glasgow

- Da sottoporre a infermiere specializzato o medico
- Prima di testare la deglutizione osservare il pazienti. Per i seguenti segni che possono essere indicativi di difficoltà:
- Fonazione monotona (qualità della voce monotona rauca)
 - Riduzione dell'elevazione laringea durante la deglutizione
 - Anomala tosse volontaria
 - Anomala qualità della fonazione
 - Basso livello di coscienza
- Assicurarsi che il paziente sia seduto o ben sopporti la posizione da seduto e sia attento
 - Se il livello di coscienza è buono e la tosse volontaria è normale, dargli 5ml di acqua con un cucchiaino da the. Se il paziente Non tossisce con questo, ripetere con un boccata piena da una tazza.
 - Se il paziente tossisce o soffoca a qualunque grado o mostra qualcuno dei suddetti segni di possibile aspirazione segnalarlo per la terapia della parola e del linguaggio
 - Se questo screening è soddisfacente, una ulteriore prova può essere fatta con 5ml di passato, bevuta libera di 50ml di liquidi con una coppa, e poi un piccolo biscotto.
 - Questo viene normalmente fatto dall'infermiere prima di dargli il pasto.

SIGN – Management of Patients with Stroke Identification and Management of Dysphagia- A Quick Reference Guide – 1997

I familiari ed “i care giver” normalmente non fanno parte del team specialistico responsabile della gestione del paziente disfagico, tuttavia la loro presenza “attiva” è essenziale al fine del raggiungimento dell’ obiettivo mirato all’ottenimento di una deglutizione funzionale, ove non sia possibile quella fisiologica. Un utile, continuo

confronto con le figure del team assistenziale, è possibile se il livello comunicativo permette di travasare il massimo di informazioni utili all'efficacia ed all'efficienza gestionale, per questo può essere necessario un training di addestramento rivolto a tutti coloro che, quotidianamente, sono in contatto con il paziente disfagico. Una ipotesi di tale addestramento è proposto in Tav. 6

Tav. 6 - Educazione per il gruppo, famiglia e "care giver"*

IL ruolo dell' infermiere include il garantire che tutti quelli che prestano le cure (infermieri assistenti infermieri, volontari e familiari) abbiano le conoscenze e abilità per alimentare in sicurezza l'individuo con disfagia.

I programmi educativi agiscono positivamente sulle conoscenze dell'assistenza infermieristica e sui risultati del paziente (livello III e IV).

Programmi mirati allo staff infermieristico.

gli aspetti chiave possono comprendere:

Anatomia e fisiologia della deglutizione e sue anomalie

Fattori di rischio, segni e sintomi della disfagia

Tecniche di valutazione infermieristiche (teoria e pratica)

Interventi come diete e nutrizione, tecniche di alimentazione, condizione, attrezzature adatte, posizioni.

Procedure di emergenza

Medicinali

Piano di cure organizzato

Linee guida di riferimento

- ruolo dell'infermiere nel team.

Programmi mirati ai volontari

I volontari sono sempre più usati per assistere quelli con difficoltà di alimentazione.

Programmi progettati per educare i volontari includono:

Segni di aspirazione

Tecniche di alimentazione in sicurezza

Tecniche per imboccare

Postura

Considerazioni dietetiche

Utilizzo di strumenti adatti

Gestione ambientale

Cura post-pranzo

Controllo delle infezioni

Procedure di emergenza e di sicurezza

Sezioni di insegnamento pratico includono osservazione e pratica delle tecniche di alimentazione,

supervisione e valutazione dei volontari.

Programmi per la famiglia

Non sono state trovate valutazioni di programmi educativi per famiglie tuttavia, alcuni suggerimenti per un programma educativo include:

Tecniche efficaci di alimentazione sicura

Misure di emergenza per il soffocamento come la manovra di Heimlich

Informazioni sulla dieta, nutrizione e disfagia

Posture

Fondamentali per deglutizione in sicurezza
Modificazioni dietetiche idonee al proseguimento a casa
Segni di nutrizione e idratazione adeguate.

*The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery

La disfagia orofaringea nel paziente con morbo di Parkinson

L'attuale prevalenza di disfagia nel M.di Parkinson è incerta, ma può esserci nel 52% dei casi. benché i paziente stessi possano essere inconsapevoli delle difficoltà nella deglutizione. Sono state descritte diverse anomalie nelle varie fasi della deglutizione e comprendono l'abnorme formazione e trasferimento del bolo, e la dismotilità esofagea. Pur se la durata, severità e caratteristiche specifiche del disturbo parkinsoniano non sono correlate alla gravità dei meccanismi della disfagia, tuttavia la velocità della deglutizione e il volume del bolo sono significativamente inferiori nel paziente parkinsoniano se confrontato con un gruppo di controllo di uguale età e declina significativamente con l'aumentare della severità del disturbo come misurato dalla scala Hoehn e Yahr(3) . La disfagia può portare all'aspirazione silente e, benché alcuni autori abbiano suggerito che questo porta ad un aumento del rischio di polmonite, che è una significativa causa di mortalità, altri non hanno trovato nessuna associazione con la disfagia e infezioni del petto richiedenti antibiotici. I logopedisti, insieme agli infermieri e alle dietiste usano tecniche che mirano a migliorare la deglutizione e a ridurre il rischio di soffocamento, aspirazione e infezioni toraciche.

Una revisione sistematica della Cochrane Library sulla terapia non farmacologia della deglutizione nel paziente con disturbo di Parkinson, prende in considerazione solo trials randomizzati e controllati inerenti al tema escludendo quelli che riportano dati sull'uso della chirurgia e della terapia farmacologia e quelli in cui sia stato consigliato l'uso di sondino naso-gastrico o PEG. I risultati della ricerca hanno evidenziato che non esistono trials randomizzati e controllati, o trials controllati sull'argomento specifico. Le conclusioni della revisione sono che non esiste evidenza che supporti o confuti l'efficacia della terapia non farmacologica per disfagia nel disturbo di Parkinson Tuttavia c'è in atto una grande prova acampione controllata e randomizzata, fatto su 987 paziente, che vuole definire gli effetti a breve(durante la VFS) e lungo termine (3 mesi), di due tipi di intervento comunemente usati: la postura con mento abbassato e i liquidi addensati della viscosità del nettare o miele. Lo studio a breve termine fornisce i risultati sulla presenza di aspirazione con una o l'altra tecnica. Lo studio a lungo termine indica i risultati dell'incidenza di polmonite. Se il reclutamento avrà successo questi sarà la più larga ricerca fatta su alcune terapie paramediche nel trattamento del disturbo del Parkinson.

□ La disfagia orofaringea nel paziente con stroke acuto, ischemico o emorragico

La maggior parte degli studi esistenti sulla disfagia orofaringea da causa neurologica riguarda la presenza di tale disturbo nei pazienti con stroke acuto: I dati ne stimano la presenza nel 30% - 50%. Molta della variabilità dei dati è dovuta al momento in cui viene effettuata la diagnosi. Nei casi di ricovero urgente è frequente nelle prime due settimane. Durante questo periodo circa metà di pazienti disfagici muore o migliora spontaneamente, nell'altra metà i deficit deglutitori possono influire significativamente sulla ripresa e sulla qualità della vita per le loro eventuali gravi complicanze, quali aspirazione, con conseguente infezioni toraciche e polmoniti(3C), malnutrizione, aumento dei tempi di ospedalizzazione e ripetuti ricoveri. e morte. In un sottogruppo di pazienti con disfagia

post-stroke è stata ritrovata aspirazione polmonare nel 43%-50% dei casi durante il primo anno, con una mortalità fino al 45%.

Alcuni sintomi clinici possono dare utili informazioni circa la presenza o assenza di aspirazione. Possono definirsi buoni predittori isolati la fonazione umida (qualità della voce bagnata rauca), la ridotta elevazione laringea, la tosse volontaria e/o qualità della voce anomala, la febbre, il livello di coscienza basso, l'età avanzata.

Sono bassi predittori isolati il "Gag reflex", i disordini comunicativi, la tosse, le radiazioni toraciche, un buon livello di coscienza, la giovane età, la sede di lesione, la soggettiva negazione della malattia.

Oltre a questi, ci sono altri indicatori di presenza/assenza di aspirazione che, se associati, ne aumentano l'attendibilità:

Indicano bassa probabilità di aspirazione un buon livello di coscienza, tosse volontaria normale e assenza di tosse con somministrazione di un cucchiaino di 5ml di acqua.

Indicano alta probabilità di aspirazione la qualità della voce umida e rauca e debole "gag reflex", una ridotta sensazione faringea e tosse o variazione della qualità della voce bevendo 50ml di acqua, stroke bilaterale, un "gag reflex" anomalo e un peggioramento della tosse volontaria.

Nello stroke, la disfagia è caratterizzata dalla difficoltà di trasportare con sicurezza il bolo dalla bocca allo stomaco senza aspirazione. Può inoltre riguardare il movimento della lingua, la masticazione ecc. Le tecniche per trattare la disfagia, generalmente di competenza dei logopedisti, comprendono strategie dirette ed indirette. Le tecniche dirette riguardano la modificazione della consistenza del cibo; le indirette riguardano la stimolazione delle strutture orali e faringee. Tuttavia rimane non chiaro se i pazienti trattati con simili tecniche migliorino realmente di più di quelli non trattati.

Le alternative alla nutrizione orale, quando questa non sia possibile, o sia sconsigliata sono la nutrizione per via parenterale (nutrizione intravenosa) o per via enterale, (sondino naso gastrico=NGT) o la gastrostomia endoscopica percutanea =PEG).

L'inserzione della NGT è facile, veloce, relativamente non invasiva, richiede un piccolo addestramento, ed ha una mortalità trascurabile, tuttavia molti pazienti la trovano non confortevole e frequentemente strappano il tubo, interrompendo così l'alimentazione con possibile conseguente malnutrizione. Per contrasto, la PEG richiede una procedura più invasiva con inserzione del tubo alimentare attraverso la parete addominale, un intervento che può essere complicato da sanguinamento, peritoniti o perforazioni di altri organi addominali, infezioni polmonari, infezioni localizzate alla sede di innesto, e a volte il tubo può essere strappato. Tuttavia, la PEG è meno irritante e più esteticamente accettata dal paziente. Inoltre sembra apportare una alimentazione più idonea al mantenimento del peso e dello stato nutrizionale, importante in pazienti con disfagia neurogenica a lungo termine, come p.e. nel persistente stato vegetativo nell'esito di coma traumatico. Rimane comunque non chiaro se la PEG sia superiore al NGT nei pazienti con disfagia secondaria a stroke. L'alimentazione intravenosa, per i suoi costi, la natura invasiva ed i rischi di infezione generalmente non è necessaria nel paziente disfagico, eccetto che nei casi con disfunzioni enterali. Una revisione sistematica della Cochrane Library di trials randomizzati e controllati, nello stroke acuto valuta la terapia per la disfagia, le strategie nutrizionali compreso il NGT e PEG, e il tempo per l'intervento per determinare, separatamente in pazienti ictati disfagici e non 1. come e quando alimentare, 2. cosa e quanto somministrare di liquidi e solidi, 3. se la terapia migliora la deglutizione ed i risultati clinici.

Purtroppo l'esiguo numero degli studi condotti e, la non sempre rigorosa strutturazione, non permette a tutt'oggi un definitivo giudizio sulla gestione e strategie alimentari nel paziente con stroke (Cochrane systematic review).

Uno studio della Agency for Health Care Policy and Research - AHCPR (Centro EBN University of York), è stato condotto dagli investigatori ECRI basandosi sull'analisi di 1.808 articoli di cui 1467 trials, 183 revisioni di articoli, e materiale da siti Word Wide Web, 32 articoli non pubblicati, e 28 comunicazioni personali. La ricerca, che riguarda le metodologie di diagnosi e trattamento della disfagia faringea, concorda con tutti i dati esistenti sulla impossibilità di quantificare i benefici in termini di riduzione dei casi di polmonite da ab ingestis. Raccomanda inoltre che, anche se supportato da una debole evidenza, è prudente non ignorare l'effetto positivo, sulla riduzione delle polmoniti, di un programma sistematico di diagnosi e trattamento della disfagia nel piano di gestione del paziente icatato, osservato in alcuni studi controllati.

In tema di gestione post-stroke del paziente disfagico, una importanza rilevante è attribuita alla necessità di elaborare protocolli valutativi, riabilitativi e gestionali in grado di garantire la massima visibilità e con divisibilità all'interno del team per la disfagia e di esportare facilmente la comunicazione ai familiari ed ai "care giver" e di provvedere alla stesura di Linee Guida il cui scopo è "di assistere gli operatori nella riduzione delle sequele associate a disfagia con una indagine precoce dei disordini della deglutizione nei pazienti con stroke e con l'applicazione di metodi appropriati di supporto nella assunzione di cibi liquidi e solidi"(SIGN) definendo così un percorso ottimale atto a garantire il massimo di efficacia e di efficienza dell'intervento. (Riassunto delle raccomandazioni in Tav.7)

La valutazione", da parte di personale esperto, deve definire la disfunzione fisiologica o rilevare l'eventuale necessità di ulteriori indagini, provare l'efficienza dei trattamenti selezionati; e sviluppare un piano di trattamento, anche sulla base della diagnosi medica e dell'anamnesi.

La valutazione clinica o "**bedside** completa può ottenere informazioni su una vasta gamma di aspetti: storia dei disturbi del pz, livello di coscienza, stato cognitivo e possibilità di collaborazione, stato nutrizionale e respiratorio; strutture, funzionalità, e sensibilità dell'apparato orofaringeo, riflessi, capacità di controllo di labbra, lingua, laringe, caratteristiche della fase orale e faringea, tempi e movimenti della laringe durante i tentativi di deglutizione. Può verificare inoltre il migliore posizionamento del cibo nella bocca e la consistenza più idonea, le posture (della testa e del corpo) e le strategie di compenso più valide.

Questa valutazione dovrebbe essere iniziata normalmente entro due giorni lavorativi dalla richiesta.

Dato che la valutazione clinica può dedurre, ma non evidenziare l'aspirazione silente, questa dovrebbe essere indagata con esami strumentali come la VFS con bario modificato, che rimane il "gold standard" per i pazienti che richiedono una completa valutazione della disfunzione faringea.

Una volta terminata la valutazione, l'impostazione del piano di trattamento si basa soprattutto sul livello di rischio di aspirazione e sue eventuali complicanze. Questo elemento fondamentale porterà a decidere se lavorare direttamente sulla deglutizione (se usare cibi solidi e/o liquidi) o lavorare indirettamente (migliorare il controllo motorio senza il bisogno di deglutire).

Non vanno mai trascurati alcuni aspetti che hanno priorità assoluta nella gestione del paziente disfagico: il rischio di disidratazione, per il quale è richiesto il regolare monitoraggio per l'evidenza dell'esaurimento dei liquidi. (p.e. grafico del bilancio dei liquidi, siero elettrolitico); la malnutrizione, per fronteggiare la quale è talvolta necessario un supporto nutrizionale alternativo, che può essere richiesto per

Tab.3 Livelli e gradi di evidenza-
SIGN – Management of Patients with Stroke Identification and Management of Dysphagia- A Quick Reference Guide – 1997

I a A	Evidenza ottenuta da meta-analisi di trias randomizzati e controllati.
I b A	Evidenza ottenuta da almeno un trial randomizzato e controllato.
II a B	Evidenza ottenuta da almeno un ben designato studio controllato senza randomizzazione.
II b B	Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio ben designato quasi sperimentale.
III B	Evidenza ottenuta da ben designati non sperimentali studi descrittivi, come studi comparativi, studi correlati e studi di casi.
IV C	Evidenza ottenuta da reports di comitati esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di autorità riconosciute.

quei pazienti per i quali l'alimentazione orale sia considerata condurre ad un alto rischio di aspirazione o non soddisfatti i requisiti nutrizionali. L'alimentazione artificiale può essere somministrata con il sondino naso-gastrico (per un breve periodo), che però non garantisce dal rischio di aspirazione, o con la gastrostomia percutanea endoscopica, che si è dimostrata essere una tecnica sicura in caso di perdurare della disfagia neurologica. L'alimentazione per PEG, condotta nelle due settimane post-stroke, quando persiste disfagia, sembra ridurre la mortalità e migliorare gli indici nutrizionali rispetto alla alimentazione NG.

Gli autori delle linee guida SIGN raccomandano che l'approccio riabilitativo al paziente disfagico tenga conto del fatto che, quando sia possibile, va garantita l'alimentazione orale, che può essere resa più agevole dall'introduzione di meccanismi compensativi come la modificazione della consistenza dei cibi, le tecniche posturali, la stimolazione sensoriale, le manovre deglutitorie.

I livelli e gradi di evidenza che supportano le raccomandazioni delle National Clinical Guideline usate in Scozia (SIGN) "Management of Patient With Stroke Identification and Management of Dysphagia" – 1997. sono riportati in Tab.3

Segue una tavola riassuntiva delle raccomandazioni più importanti ed alcuni allegati che riproducono i protocolli per la presa in carico, la valutazione e la gestione del paziente con disfagia secondaria a stroke.

Tav.7 - Riassunto delle raccomandazioni*

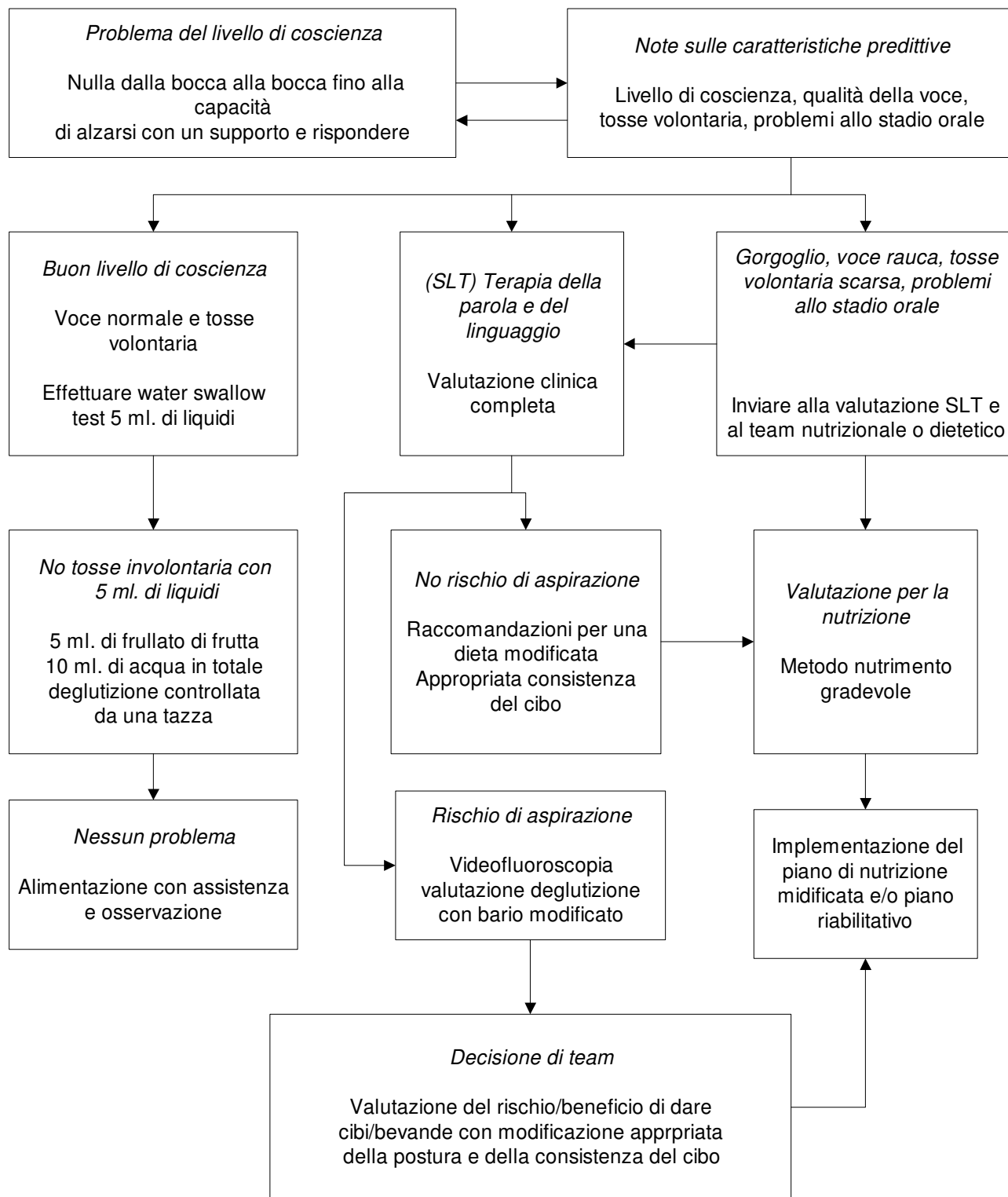
Screening	Grado	Livello
Tutti i pazienti con stroke dovrebbero essere sottoposti a screening prima di assumere cibi solidi o liquidi, per identificare coloro che hanno disfagia.	B	III
Il test di screening è normalmente un semplice "water swallow test", ma bisogna inoltre indagare su <ul style="list-style-type: none"> • Livello di coscienza • Presenza di qualche anomalia laringea 	B	III

(p.e. qualità della voce, elevazione laringea, qualità della tosse)		
Nei ricoveri non acuti, l'osservazione dovrebbe inoltre essere fatta su: <ul style="list-style-type: none"> • Stato della respirazione • Stato nutrizionale 	B	III
Anomalie in qualcuna delle precedenti osservazioni dovrebbe indirizzarsi ad una immediata richiesta al logopedista o altre persone esperte per un più dettagliato esame funzionale della deglutizione.	B	III
Valutazione		
I pazienti che presentano le caratteristiche che indicano disfagia e/o rischio di aspirazione dovrebbero avere una ulteriore valutazione clinica , che può includere: <ul style="list-style-type: none"> • Prove con cibi di diversa consistenza • Tecniche posturali • Manovre di deglutizione • Stimolazione sensoriale Questa valutazione dovrebbe essere iniziata entro due giorni lavorativi dalla richiesta.	B C	III
Esame videofluoroscopico: dovrebbe essere considerato quando, in seguito all'esame "bedside": <ul style="list-style-type: none"> • La ratio di rischi/beneficio nel procedere con prove di cibi è povera. • C'è dubbio sulle opzioni della gestione futura. • C'è bisogno di chiarire la diagnosi. 	B	II & III
Gestione		
Un piano riabilitativo documentato o un piano di modificazione alimentare dovrebbe essere concordato con e comunicato a pazienti, curatori, e a tutti i membri del team di assistenza e cura.	C	
La documentazione sullo stato nutrizionale e di assunzione di liquidi dei pazienti dovrebbe essere riportato di routine nella cartella clinica del paziente e in quella infermieristica e regolarmente aggiornata.	C	
La gastrostomia può essere considerata importante in molti pazienti, in particolare è raccomandata per coloro che richiedono un'alimentazione entrale, per un periodo stimato più lungo di quattro settimane.	C	
Consapevolezza ed educazione		
I logopedisti con responsabilità per la valutazione della disfagia dovrebbero avere una formazione idonea.	C	
Tutto il personale in contatto con il paziente con stroke in fase acuta dovrebbero essere a conoscenza della possibilità della complicità di disfagia .	C	
Infermieri e giovani medici dovrebbero ricevere una opportuna educazione sulla identificazione della disfagia, la prognosi e possibili complicanze.	B	
Lo staff di cucina dovrebbe ricevere informazioni e formazione per essere in grado di apprezzare l'importanza della consistenza specifica dei cibi e di riprodurli con i supplementi nutrizionali richiesti.	B	

*SIGN – Management of Patients with Stroke Identification and Management of Dysphagia- A Quick Reference Guide – 1997

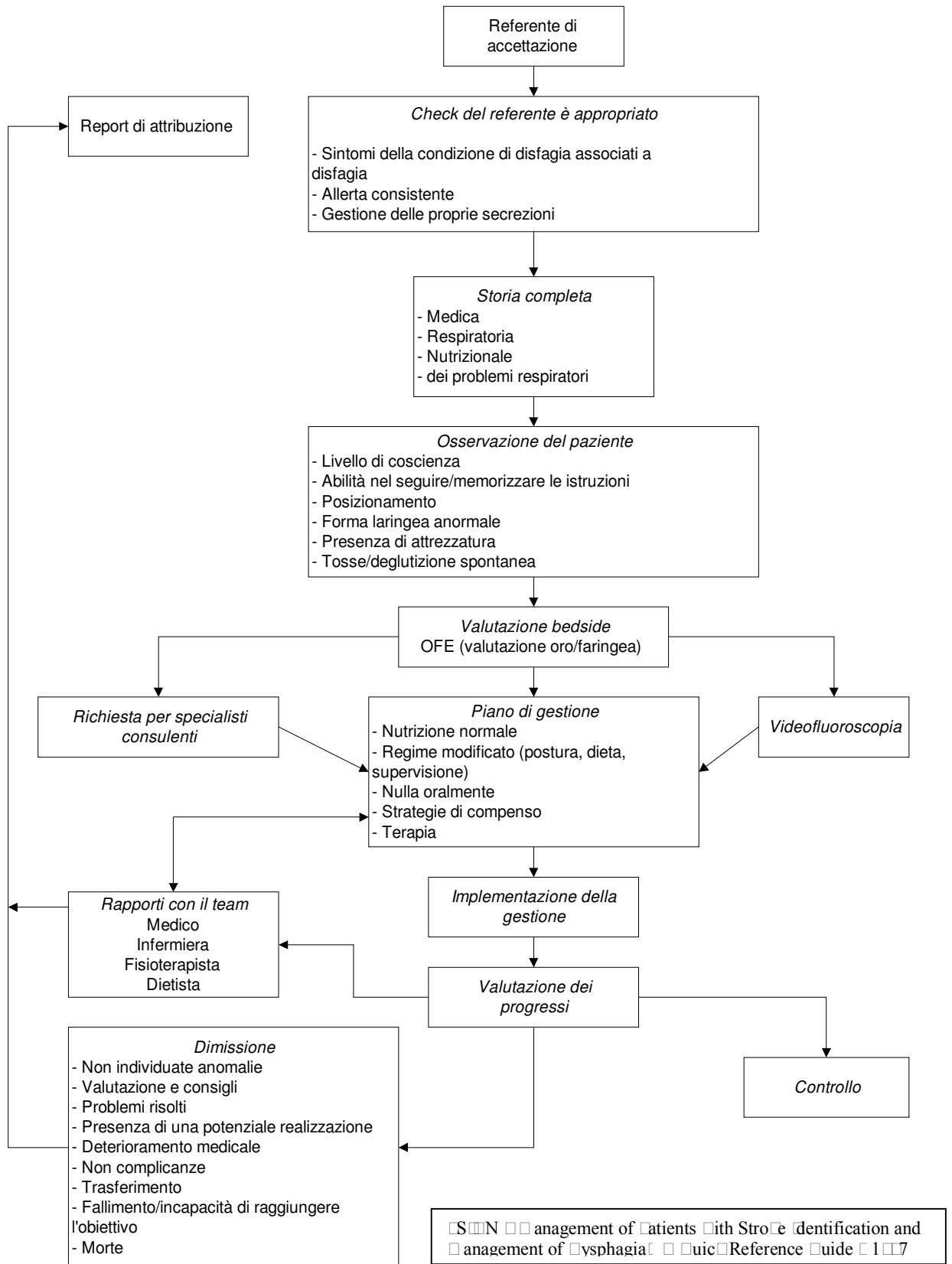
In quest'ultima parte vengono proposti alcuni protocolli operativi per la gestione della disfagia, tratti da **SIGN – Management of Patients with Stroke Identification and Management of Dysphagia- A Quick Reference Guide – 1997**

Allegato 1 - Protocollo per screening della disfagia del Victoria Infirmary, Glasgow*



*SIGN – Management of Patients with Stroke Identification and Management of Dysphagia- A Quick Reference Guide – 1997

Allegato 2 - Modello di cura della disfagia del Western General Hospital, Edimburgh*



Allegato 3 - Esempio di protocollo per la disfagia del Western General Hospital, Edimburgh*

Scopo del servizio

- Provvedere un servizio comprensivo e responsivo per il cliente che presenta o che ha il rischio di presentare disordini della deglutizione orofaringea.
- Facilitare l'intervento da parte de team multidisciplinare.

Richieste

Paziente interni.:

la richiesta verbale dell'infermiere o di un paramedico componente il team deve essere supportata dal consenso scritto di un medico. Il consulente può accordarsi per sostituire la richiesta per i paziente per i quali non sia necessario un consenso scritto.

Paziente esterni:

è obbligatoria una richiesta scritta del consulente

Videofluoroscopia:

Se la richiesta è esterna alla struttura, è richiesto un report della logopedista in aggiunta alla lettera del medico.

. Sono accettati nel servizio i pazienti che:

- Presentano sintomi di disfagia orofaringea
- Sono a rischio di presentare i sintomi come risultato di attuali condizioni associate a disfagia
- Possono mantenere una consistente vigilanza per periodi di 15-20 minuti
- Sono in grado di gestire le loro secrezioni

Per istituire un servizio di disfagia il dipartimento deve avere:

- Disponibilità di personale
- Appropriate varie abilità

Al momento della dimissione ampia competenza.

Eziologia

Si considerano i pazienti con disfagia orofaringea derivata da origine neurologica, strutturale o psicogena. In questo servizio accedono solo pazienti adulti; ci sono altrove altre unità specialistiche per i bambini.

Tempo di risposta

Standard:

- Tutti i pazienti interni devono essere visti entro un giorno lavorativo dal ricevimento della richiesta
- Tutti i paziente esterni devono essere messi in appuntamento entro una settimana lavorativa dal ricevimento della richiesta e devono essere visti entro tre settimane lavorative dal ricevimento della richiesta

Ricevendo la richiesta, dovrebbe essere istituita una circolarità tra la gli operatori della struttura e il team di cura sociale per ottenere il massimo di informazione sul cliente, sul disordine presente e sulla valutazione urgente.

Il servizio deve essere flessibile per rispondere urgentemente ai riferimenti dei pz esterni entro una settimana lavorativa, fornendo sufficienti informazioni sulla disponibilità a

contattare il paziente

Settings

I pazienti possono essere visti all'interno della struttura come interni o esterni. Possono essere effettuate visite domiciliari, ma non può essere effettuata una valutazione completa se il rischio per il paziente è considerato grande.

Referto/documentazione

Questo intervento, che include i risultati della valutazione e la terapia stabilita (compresa la consistenza ed il volume dei pasti) dovrebbe essere riportata nelle note logopediche entro 24 ore dall'evento.

Ad intervalli appropriati, dovrebbero essere registrati nelle note mediche i reports riassuntivi scritti sui progressi risultanti dalla valutazione, la presa in carica e la dimissione.

Uno scritto che individui il piano di assistenza dovrebbe essere posto nelle note infermieristiche, o al letto per il paziente Interni, oppure consegnati al paziente o ai curatori in caso di paziente esterni.

Una relazione verbale dovrebbe essere fatta al medico, all'infermiere e allo staff.

Procedure di sicurezza

1. Dovrebbe essere annotata la storia completa e il paziente dovrebbe essere osservato prima con un test diretto preso sul posto.
2. Un fisioterapista dovrebbe essere presente quando viene inizialmente valutato un paziente sconosciuto. Dovrebbe essere specificata la considerazione di avere un fisioterapista presente durante le successive valutazioni e terapie.
3. I terapisti dovrebbero aderire a quanto richiesto dal Food Handling Act (1990)
4. I terapisti dovrebbero seguire le linee di condotta di controllo delle infezioni.
5. I terapisti dovrebbero seguire le linee guida del trattamento manuale.
6. I terapisti dovrebbero conformarsi agli standard di protezione radiologica.
7. I terapisti dovrebbero, al bisogno, avere familiarità con le procedure di emergenza.

Relazioni professionali

I terapisti dovrebbero stabilire rapporti con gli altri professionisti, curatori e rilevanti agenzie di volontariato per portare a termine la migliore, integrata assistenza per il paziente

Il team disagia può comprendere: medico, infermiere, ausiliario, fisioterapista, dietista, cuoco, terapeuta occupazionale (tra gli altri), come cosa migliore per il paziente ed i suoi curatori.

**Quando si discute sulla gestione occorrente, il terapeuta dovrebbe mirare a risolvere la discussione. Se la disputa non può essere risolta, il terapeuta dovrebbe considerare di ritirarsi dal caso.*

Dimissioni

Il paziente viene dimesso da servizio quando si verificano le seguenti circostanze:

- valutazione completata e consigli dati.
- problemi risolti.
- stabilito la modifica al regime alimentare – potenziale realizzato.
- deterioramento delle condizioni mediche.
- non complicanze.

- trasferimento.
- decesso.
- ritiro del terapeuta

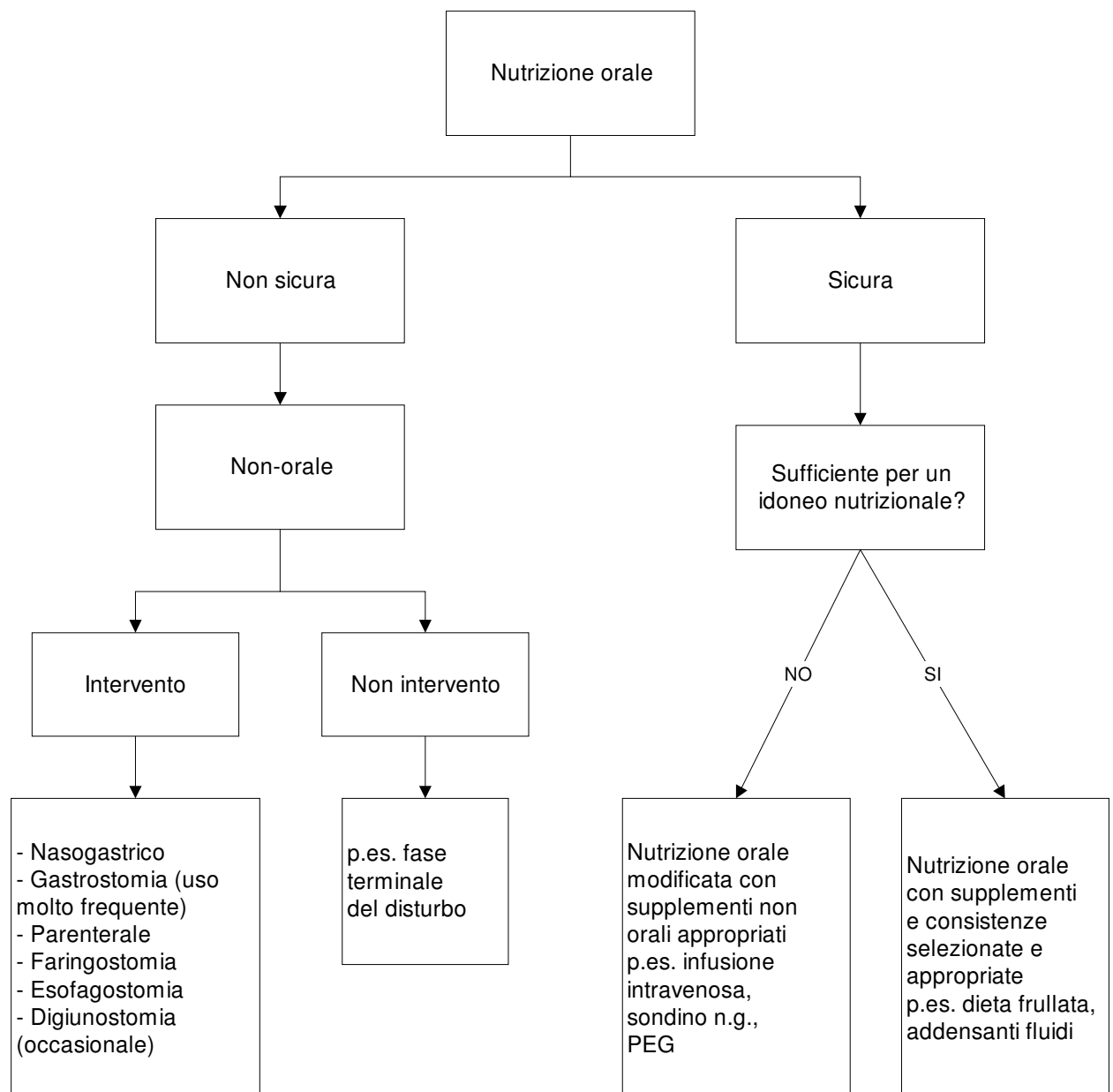
I membri del team, il paziente e gli assistenti domiciliari dovrebbero essere coinvolti nella decisione di dimissione.

La decisione di un ulteriore contatto con il dipartimento dovrebbe essere esplicitato al paziente/curatori quando richiesto.

*SIGN – Management of Patients with Stroke Identification and Management of Dysphagia- A Quick Reference Guide – 1997

Allegato 4

*Esempio di un protocollo di alimentazione orale, riassuntivo della decisione che deve essere presa sulla gestione nutrizionale dopo valutazione al letto o radiografica.**



*SIGN – Management of Patients with Stroke Identification and Management of Dysphagia- A Quick Reference Guide – 1997

Allegato 5 - Esempio di consistenza modificata dei cibi (dal Royal Infirmary of Edinburgh)*

Consistenza	Esempi	Note
Liquidi	Liquidi normali come tè, acqua, limonata o spremuta	
Addensanti	Liquidi viscosi che si possono versare con un cucchiaino (p.e latte emulsionato o sciroppo)	Cibi addensanti possono essere uniti a liquidi (freddi o caldi)
Stage di pratica con frullati	Set di yogurt (non con frutta a pezzi) Frutta frullata Supplementi semi-solidi Mousse omogeneizzata Cibi sconsigliati Gelato Gelatina Porridge (pappa di farina di cereali)	<ul style="list-style-type: none"> • Omogeneizzati, addensati e di consistenza uniforme con agrumi non aspri • riduzione della quantità • pensare di lavorare che permettono al paziente di esercitare la deglutizione
Stage pieno con frullati	Come per lo stage di pratica più porridge liquido Zuppa liquida addensata Purè di patate con verdure frullate Pudding di latte addensato (crema gialla) Gelato Gelatina Cibi sconsigliati Budino di riso	<ul style="list-style-type: none"> • omogeneizzati, addensati e di consistenza uniforme con agrumi non aspri • quantità più grandi che nello stage di pratica • liquidi non separati dai solidi • non mescolare al mangiare cibi con “trama” allo stesso tempo; p.e gelato e gelatina o pappa di farina di cereali e latte
Tritati/mescolati	Porridge Carne tritata Uova strapazzate Filetto di pesce in salsa Crema gialla Pane scuro Cibi sconsigliati Strutture fibrose o filamentose p.e. salsicciainalata, radicchio pane bianco (più difficile da deglutire) croccanti biscotti	<ul style="list-style-type: none"> • cibi che possono essere facilmente miscelati con la forchetta • cibi al bisogno più piacevoli con salse o sugo
Morbidi da mordere / grandi	Panini senza crosta con riempimento leggero	• cibi che possono essere facilmente masticabili

dimensioni	Biscotti morbidi Frutta in scatola Uova bollita Stufato tenero Cibi sconsigliati Verdure crude e frutta da sgranocchiare Spaghetti o trame fibrose, p.e. ananas	• evitare che il paziente si stanchi di masticare
Normale	Carne arrosto Pesce diliscato Insalate vegetali	

*SIGN – Management of Patients with Stroke Identification and Management of Dysphagia- A Quick Reference Guide – 1997

Conclusioni

La gestione della disfagia orofaringea spesso comprende una valutazione multidisciplinare, con lo scopo di identificare e caratterizzare il disturbo disfagico ed identificare, ogni volta che sia possibile, le sottostanti cause coinvolte, e impostare una cura appropriata quando si tratti di patologie curabili come tirotossicosi, miopatia, miastenia, e neoplasia.

Similarmente, quando è sospettato un disturbo neuromuscolare, si dovrebbero effettuare esami

- per immagine (TC, RM),
- tests funzionali (EMG, Conduzione nervosa, Tensilon Test),
- esami istologici (biopsia delle mucose e muscolare),
- test sierologici (livello CPK livello degli anticorpi antinucleari, e anticolinesterase, puntura lombare).

Nel caso di riscontro di anomalie strutturali, un accurato esame radiografico e/o endoscopico dell'orofaringe e del vicino esofago ha lo scopo di indagare segni di neoplasma, infezioni, restringimenti, diverticoli, ognuno dei quali implica una specifica terapia. Anche quando non esista una effettiva terapia per le condizioni sottostanti, è ferma convinzione tra i medici ed una aspettativa dei pazienti che arrivare ad una accurata definizione della diagnosi e della prognosi sia un importante obiettivo

Una volta indagate le anomalie eziologiche, dovrebbero essere definite le anomalie funzionali della deglutizione orofaringea, avvalendosi di un esame videofluoroscopico o cineradiografico, anche se in alcune situazioni la principale anomalia della deglutizione può essere chiarita con l'esame endoscopico. Nel caso di sospetta disfunzione dello sfintere laringeo superiore, un uso associato di manometria faringea e di videofluoroscopia può permettere un'ulteriore delimitazione della patologia e il suo trattamento.

Se si tratta di un disturbo funzionale, la prima cosa che il clinico deve stabilire è se sia indicata l'introduzione dell'alimentazione non-orale (p.e. P.E.G). Questo dipende dalla possibilità del paziente di assumere cibo oralmente in modo sicuro e da una premessa non provata, ma ragionevole, che l'alimentazione non orale probabilmente può ridurre il rischio di aspirazione polmonare. Questa decisione viene presa insieme con il logopedista, che, in base alla analisi delle possibili manovre terapeutiche, indagate con la videofluoroscopia, può stimare con tutta probabilità se tali manovre possono ridurre il rischio durante l'alimentazione orale ed potenziare efficienza della deglutizione. Altri fattori che influenzano la scelta tra alimentazione orale e non-orale sono l'anamnesi e la prognosi delle cause sottostanti la disfagia, e, non ultimo, l'abilità cognitiva del paziente. Se la scelta è di alimentazione orale, è appropriata l'introduzione di adeguate

modificazioni della dieta ed una specifica terapia della deglutizione, appropriata al caso specifico.. Questo processo comporta frequenti controlli videofluorografici per accertare i progressi, e per verificare se mantenere la terapia della deglutizione in corso o se devono essere considerate delle alternative, anche di tipo chirurgico, come la miotonia cricofaringea, la sospensione laringea, ecc. Tale scelta, però, in questa classe di paziente rimane controversa e i possibili, ma non provati, benefici sono basati su dati empirici.

E' importante ribadire che la gestione del paziente disfagico comporta l'intervento di molteplici figure professionali, fra queste un ruolo fondamentale è svolto dall'infermiere addetto all'assistenza, per il quale si richiede una specifica conoscenza del disturbo e delle sue possibili sequele.

Tutti gli autori concordano nel ribadire che "La gestione della disfagia orofaringea è attualmente una scienza inesatta. La qualità dell'evidenza che supporta molto di quello che è generalmente accettato come miglior pratica corrente non è alta, ma è sostenuta da una ragionevole evidenza di plausibilità biologica e dal peso dell'opinione clinica". Ed aggiungono che " Per necessità, spesso i clinici si muovono in accordo con schemi basati largamente su ciò che ha funzionato in passato, piuttosto che secondo la più valida delle rilevanti ricerche cliniche. La mancanza di un alto livello di evidenza che supporti l'efficacia non è una ragione sufficiente per abbandonare la corrente "best practice" clinica. I clinici esperti usano una combinazione di esperienza clinica e di medicina basata sulla più valida evidenza perché nessuna delle due, separatamente, è sufficiente per dettare decisioni di trattamento individuale del paziente. Tuttavia è la responsabilità del gruppo professionale coinvolto nell' assistenza di quei paziente intraprendere studi che esaminino rigorosamente l'efficacia di attuali e future terapie, sia mediche che chirurgiche, e la diagnosticata e predittiva utilità di strumenti per misurare il meccanismo e la disfunzione della deglutizione". (AGA)

Bibliografia

- SIGN National Clinical Guideline by The Scottish Intercollegiate Guideline Network Management of Patients with Stroke Identification and Management of Dysphagia.
- The Ioanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. 2000 Identification and Nursing Management of Dysphagia in Adult with Neurological Impairment. Volume 4, Issue 2, page 6, 2000.
- Natinal Guideline Cleringhouse
American College Of Radiology ACR: Appropriatness Criteria™ Imaging Recommendations for Patients with dysphagia.
- University of York
Agency for Healt Care Policy and Research (AH CPR)
Diagnosis and treatment of Swallowing Disorders (Dysphagia) in Acute Care Stroke Patients. Summary, Evidence report/Tecnology Assesment: Number 8, (AH CPR Publication No. 99-E023) March 1999.
- The Cochrane Library
Cook IJ, Kahrias PJ. AGA Technical Rewiew on Management of Oropharyngeal Dysphagia.
AGA- American Gastroeterological Association. Gastroenterology. 1999, 116(2), 455-478.
- The Cochrane Library, Issue 2, 2001.
Bath PMW, Bath FJ, Smithard DG: Interventios for dysphagia in acute stroke (Cochrane review)

- The Cochrane Library, Issue 3,,2001.
Deane KHO, Whurr R, Clarke CE, Playford ED, Ben –Shlomo Y. Non Pharmacological Therapies for Dysphagia in Parkinson’s Disease (Cochrane Review).

Abbiamo effettuato una ricerca (terminata entro il 31 ottobre 2001) attraverso le maggiori agenzie EBN. I dati sono stati reperiti, tramite internet, su banche dati di linee guida – S.I.G.N e N.C.G ; su banche dati di revisioni sistematiche – Cochrane Library, Medline; su siti specialistici – JoannaBriggs Institute per EBN, e Centro EBN York University

Le parole chiave utilizzate sono state: Adult swallowing disease, Dysphagia And Adult Swallowing Rehabilitation, Deglutition disorder, Adult dysphagia Rehabilitation in neurological patients. e loro diverse combinazioni.

Senza dubbio le pubblicazioni sul tema sono varie e vaste, ma non sempre supportate da ricerche condotte in modo rigoroso. Noi ci siamo indirizzati alla selezione delle più importanti linee guida utilizzate in campo internazionale e di alcuni articoli che presentano il miglior livello di evidenza.

Luciana Modena* Carmine Pellecchia**

*Logopedista e **Infermiere

U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi
e-mail: logopedista@orsolamalpighi.med.unibo.it
